



**You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Intensywność i jakość ekspresji werbalnej w przypadku zaburzeń o charakterze efektoralnym : strategie pomocy

Author: Danuta Pluta-Wojciechowska

Citation style: Pluta-Wojciechowska Danuta. (2013). Intensywność i jakość ekspresji werbalnej w przypadku zaburzeń o charakterze efektoralnym : strategie pomocy. W: K. Węsierska, N. Moćko (red.), "Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej. T. 2" (S. 107-133). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Danuta Pluta-Wojciechowska

Intensywność i jakość ekspresji werbalnej w przypadku zaburzeń o charakterze efektoralnym Strategie pomocy

Ludzka myśl jest ucieleśniona

Praca z osobami z różnymi deformacjami i dysfunkcjami w obrębie aparatu mowy, w szczególności o etiologii związanej z wadami rozwojowymi w obrębie przestrzeni orofacjalnej, a zatem występującymi od urodzenia, stwarza charakterystyczny zakres zaburzeń, z którymi ma do czynienia logopeda. Polegają one w szczególności na zaburzeniach rozwoju sprawności fonetycznej, która ulega różnorodnym odchyleniom od normy lingwistycznej i metrykalnej. Tak najczęściej w sposób ogólny opisuje się zaburzenia mowy występujące w tej grupie osób, a terapia logopedyczna sprowadza się li tylko do usprawniania realizacji fonemów.

Czy jest to jednak wyczerpujący obraz mowy osób z zaburzeniami mowy o charakterze efektoralnym? Czy nie jest jednak tak, że utrudnienia rozwoju płaszczyzny fonetycznej powodują także inne, mniej dostrzegalne odmienności uzusu językowego, objawiające się w innych niż fonetyczne poziomach funkcjonowania werbalnego? Czy trudności „ubrania tkanki językowej” w odpowiednią formę dźwiękową nie wpływają także na rozwój morfologii, leksyki, syntaktyki, tworzenie tekstów narracyjnych i dialogu?

W literaturze nie odnajdujemy jednoznacznych odpowiedzi na te pytania, gdyż zaburzenia mowy o etiologii związanej np. z wadami w obrębie

narządów mowy, takimi jak rozszczep wargi i podniebienia, makroglosja, mikroglosja, ankyloglosja, komentowane są głównie, jeśli nie jedynie, w kategoriach zaburzeń realizacji fonemów. Czy jest to słuszna postawa badawcza i czy nie należy spojrzeć na mowę tych osób przez pryzmat całego funkcjonowania językowego, w którym poziom i jakość płaszczyzny fonetyczno-fonologicznej powinna być tylko jednym z aspektów działalności badawczej i praktycznej?

Określony tu zakres refleksji naukowo-badawczej skłania do poszukiwania podstaw lingwistycznych, które ukierunkowałyby myśli badacza i czytelnika. Jednym z interesujących kierunków związanych z mową jest językoznawstwo kognitywne. Reprezentanci tej orientacji badawczej przyjmują tezę o nierozdzielaniu językowych zdolności od innych i traktują język jako pochodną zdolność innych zdolności poznawczych, jak np. kategoryzacja (LANGACKER, 1995, 2003; TAYLOR, 2001; KALISZ, 1994; TOMASELLO, 2002; FIFE, 1994). Uznają, że język jest nierozzerwalnie związany z ludzkimi zdolnościami poznawczymi, doświadczeniami społecznymi, motorycznymi, a także z ciałem człowieka. To niezwykle ważna teza i jakże istotna w kontekście prowadzonych rozważań.

W językoznawstwie kognitywnym podkreśla się także znaczenie uzusu językowego, co oznacza między innymi konieczność badania posługiwania się językiem w konkretnych sytuacjach. Z kolei holistyczne spojrzenie na osobę mówiącą implikuje nieodzowność uwzględniania w badaniach po pierwsze nie tylko jednego poziomu analizy (np. poziomu fonologiczno-fonetycznego), ale także innych, po drugie powiązanie opisu mowy z rozważaniami o charakterze heurystycznym.

Komentarze przedstawione w dalszych częściach artykułu oparte są także na ważnej tezie lingwistyki kognitywnej, wywodzącej się z myśli jednego z jej przedstawicieli — G. LAKOFFA (1987). Autor sformułował istotne zdanie o tym, że ludzka myśl jest ucieleśniona, a zatem nierozzerwalnie związana z naszym ciałem i modelowana przez ludzkie doświadczenie (LAKOFF, 1987: 14). Zwróćmy zatem uwagę na to, że w przypadku dzieci urodzonych z różnymi deformacjami w obrębie aparatu mowy, np. z rozszczepem wargi i podniebienia, proces „ucieleśniania myśli w słowie” przebiega odmiennie w porównaniu z normą, w związku z występującą wadą twarzoczaszki, co ma związek nie tylko z doświadczeniami motorycznymi mięśni związanych z miejscem deformacji anatomicznej, ale także z doświadczeniami społecznymi, emocjonalnymi i poznawczymi. A zatem wada morfologiczna zmienia warunki rozwoju mowy i ukazywanie języka nie tylko w odniesieniu do poziomu fonetyczno-fonologicznego, co wykazały najnowsze badania mowy osób z rozszczepem (PLUTA-WOJCIECHOWSKA,

2011). Dodajmy jednak na marginesie, że wykonawczy aspekt uzusu językowego nie jest w lingwistyce kognitywnej dostatecznie i wyczerpująco omówiony, chociaż jest dostrzegany przez przedstawicieli tego kierunku.

Ucieleśnianie myśli rodzącej się w umyśle człowieka to nadawanie jej realnego kształtu, który przybiera taką postać, że drugi człowiek może ją uchwycić zmysłami, czyli usłyszeć, częściowo zobaczyć, a następnie zrozumieć i zinterpretować. Można zatem powiedzieć, że ucieleśnianie myśli to jej urzeczywistnianie w taki sposób, aby udostępnić drugiemu człowiekowi własne intencje, interpretacje, umysł, emocje. Mowa staje się niezwykłym i jedynie ludzkim „transporterem” myśli z umysłu do umysłu. To niezwykle medium zmienia życie, w tym komunikację małego dziecka, pojawiając się po urodzeniu, a nawet wcześniej, jeśli przywołamy doniesienia wskazujące na to, że dziecko w łonie matki słyszy jej głos, gdy ta doń przemawia.

Funkcjonowanie *człowieka mówiącego* jest związane z różnymi zdolnościami, o których pisze np. R. Langacker¹. Z kolei M. Tomasello, którego poglądy w wielu aspektach odpowiadają podstawowym tezom językoznawstwa kognitywnego, wymienia różne sprawności zaangażowane w posługiwanie się językiem, np. zdolność do używania symboli językowych i schematów konstrukcyjnych (TOMASELLO, 2003). Jednakże w innym miejscu swoich rozważań wskazuje także na trzy inne niezwykle sprawności dzieci, które umożliwiają rozwój mowy. Są to: zdolność do odczytywania intencji i kulturowego uczenia się, wychwytywania analogii, scalania struktur (TOMASELLO, 2003), ale jednocześnie słusznie podkreśla, że dla kształtowania abstrakcyjnych konstrukcji językowych niezbędne są, oprócz zdolności społeczno-poznawczych (związanych z rozumieniem aspektów

¹ R. Langacker wymienia następujące zdolności (zastrzega jednak, że nie są to wszystkie możliwe):

- tworzenie ustrukturuowanych konceptualizacji,
- rozpoznawanie i artykułowanie ciągów fonologicznych,
- ujmowanie symbolicznego związku między strukturami konceptualnymi a fonologicznymi,
- kategoryzowanie jednych struktur w oparciu o inne,
- kategoryzowanie i ujmowanie danej sytuacji na różnych poziomach abstrakcji (schematyzacja),
- rozpoznawanie podobieństw między różnymi strukturami,
- ustalanie odpowiedniości między elementami znaczenia różnych struktur,
- łączenie prostszych struktur w bardziej złożone,
- ujmowanie sceny w kategoriach ‘figura-tło’,
- ujmowanie sceny na różne sposoby (obrazowanie)”(LANGACKER, 1995: 14—15).

komunikacyjnych i poznawczych wypowiedzi), także zdolności głosowo-słuchowe (TOMASELLO, 2002, 2003).

Śledząc wątki rozważań wymienionych badaczy dotyczące zdolności głosowo-słuchowych czy — używając innych terminów — zdolności do rozpoznawania i artykułowania ciągów fonologicznych, dostrzegamy, że nie poświęcają im jednak wiele uwagi. Co charakterystyczne, podkreślają w analizach znaczenie innych zdolności i jednocześnie wskazują na wagę uzusu językowego. Pisząc te słowa, pragnę podkreślić, że zarysowany tu problem dotyczący tzw. *zdolności do artykułowania ciągów fonologicznych* czy *zdolności głosowo-słuchowych* jest istotny dla rozwoju aktywnego posługiwania się językiem, gdyż ucieleśnianie myśli w słowie nie jest możliwe bez narzędzi (układ oddechowy, fonacyjny, artykulacyjny wraz z układami powiązań anatomiczno-funkcjonalnych z udziałem układu nerwowego). Dźwiękowa strona wypowiedzi konstituuje bowiem komunikację językową oraz nabywanie mowy.

Sformułowana tu uwaga zostaje umocniona słowami S. Grabiasa, który wskazuje na znaczenie kompetencji i sprawności oraz określa ich wzajemne relacje. Podkreśla bowiem, że kompetencje i sprawności warunkują się wzajemnie. Dla jasności rozważań należy wskazać, że pisząc o sprawnościach mam na myśli — w ślad za autorem — dwie kategorie, a mianowicie sprawności biologiczne, które przyjmują postać procesów percepcyjnych i realizacyjnych, oraz komunikacyjne czynności umysłowe. Efektywna komunikacja z użyciem języka zależy zarówno od kompetencji, jak i od sprawności (GRABIAS, 1997).

W takim kontekście można formułować pytania o jakość uzusu językowego osób z zaburzonym rozwojem sprawności biologicznych, które są jednym z czynników określających rozwój mowy, ale powiązanych z rozwojem innych determinantów zaangażowanych w ten proces. Wynika to z heurystycznej interpretacji rozwoju mowy, skłaniające do zaakcentowania, że jest on wynikiem sprzężonego działania czynników o charakterze biologicznym, psychologicznym i społecznym, przy czym należy podkreślić, że nie można owych czynników brać pod uwagę w sposób izolowany i traktować jako sumy. Całość złożona z określonych czynników jest nową jakością, odmienną od prostej sumy wyróżnionych składników. Oznacza to konieczność uwzględniania powiązań pomiędzy różnymi determinantami rozwoju mowy.

W dotychczasowych opracowaniach odnoszących się do mowy dzieci z wadą rozszczepową podkreśla się w szczególności występowanie zaburzeń realizacji fonemów. Opracowania foniatryczne kategoryzują je na nosowanie i zaburzenia artykulacji, z kolei logopedyczna perspektywa opisu

ukazuje podział na dyslokacje (zaburzenia miejsca artykulacji), dysrezonansowość (zaburzenia rezonansu), dysmodalność (zaburzenia sposobu artykulacji) i dyssonantyczność (zaburzenia udziału wiązań głosowych), a także inne objawy trudności obwodowego aparatu mowy, np. współruchy mimiczne (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2008a, 2008b, 2011). Z pewnością odmiennosć sposobu opisu zaburzeń realizacji fonemów, jaką zauważamy w opracowaniach foniatrycznych i logopedycznych (tu rozumianych również jako językoznawczych), niesie określone konsekwencje dla poziomu analizy, a następnie postępowania postdiagnostycznego. Jednakże te dwa — do pewnego stopnia różne ujęcia tego samego zagadnienia — są planami dopełniającymi się, a nie wykluczającymi. Perspektywa językoznawcza pozwala na pełne wykorzystanie wiedzy fonetycznej do opisu zaburzeń mowy odnoszących się do realizacji fonemów. Z kolei perspektywa foniatryczna, ujmując inaczej artykulację, akcentuje w szczególności jedną z charakterystycznych cech mowy niektórych osób z wadą rozszczepową, a mianowicie nosowanie. Obszerną dyskusję dotyczącą przywołanego zagadnienia związanego z różnym „ujęciem tej samej sceny” podjęłam w innym opracowaniu (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2008b).

Różnorodne zaburzenia realizacji fonemów, przyjmujące postać od prostych do niezwykle złożonych, powodować mogą nie tylko niezrozumienie myśli, która zostaje zdeformowana w swojej postaci fizycznej. Deformacja tkanki dźwiękowej zaburza symbiozę treści znaku językowego i jego formy. Te media są z sobą w sposób nierozzerwalny związane, a łącząca je więź powinna być czysta i nieskażona. Chodzi bowiem o to, aby przed słuchaczem stawała tylko treść znaku, gdyż ona jest przedmiotem wymiany językowej.

Jednakże dziecko z rozszczepem wargi i podniebienia cechują nie tylko odchylenia w budowie środkowej części twarzoczaszki, ale — co się z tym wiąże — różne odmiennosć rozwoju społecznego, emocjonalnego, czynnosć biologicznych, tempa i rytmu progresji mowy obserwowane w ontogenezie, o czym będzie mowa dalej. A zatem postrzeganie dziecka z wadą morfologiczną twarzy i narządu żucia jedynie przez pryzmat deformacji anatomicznych jest zbyt wąskim widzeniem problemów, z jakimi się ono mierzy. Jeśli zechcemy uwzględnić w analizach szeroki kontekst, to zobaczymy, że odmiennosć budowy anatomicznej stają się przyczyną wielu innych różnic pomiędzy dziećmi bez wady i z wadą.

„Słowo chce być słowem celnym”²

Komentując słowa H.-G. Gadamera, które stały się mottem tej części artykułu, należy zwrócić uwagę na dwa aspekty celności słowa. Pierwszy z nich obejmuje wyrazistą i „przezroczystą”³ formę dźwiękową, która umożliwia niezakłócone dotarcie do znaczenia. Drugi zaś można komentować w kontekście takiego doboru słów, zdań, stylu i barwności wypowiedzi, że staną się one najlepszym (najcelniejszym) odzwierciedleniem intencji, treści, życzeń czy wyrażonych słowem potrzeb mówiącego. Pierwsza z wyróżnionych perspektyw jest często wykorzystywana do opisu mowy osób z różnymi wadami i dysfunkcjami w obrębie twarzoczaszki. Nie wiele jest jednak publikacji, które szczegółowo ukazywałyby inne oblicza „celności” słowa osób z wadą, chociaż doniesienia zagraniczne częściej podejmują zagadnienia z tym związane (np. McWILLIAMS, MORRIS, SHELTON, 1990) i zauważmy także, iż w kontekście różnych kodów występujących w komunikacji werbalnej, o jakich pisze B. KACZMAREK (2001, 2009), można wyrazić nadzieję, że braki w zakresie „przejrzystości” tkanki dźwiękowej mogą być mniej zauważalne dla partnera interakcji, jeśli pozostałe kody wykorzystywane podczas komunikacji werbalnej, w tym kody związane z barwnością i intensywnością wypowiedzi, będą na odpowiednim poziomie.

Czy tak jest w przypadku mowy dzieci z rozszczepem? Mając wieloletni kontakt z dziećmi z wadą twarzoczaszki w trakcie terapii logopedycznej, wielokrotnie zadawałam sobie pytania: Co dzieje się niejako „wewnątrz niezwykłego medium”, jakim jest uzus językowy, w obliczu różnych przeszkód i utrudnień w rozwoju dzieci z wadą twarzoczaszki? Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób różnice ontogenezy związane nie tylko z warunkami anatomiczno-czynnościowymi przestrzeni orofacjalnej, ale także z innymi skutkami o wymiarze emocjonalnym, społecznym i psychologicznym wpływają na posługiwanie się językiem w uzusie? Intrygujące jest zatem pytanie o rodzaj wspomnianych odmienności.

² Słowa H.-G. GADAMERA (2003: 156).

³ Komentarz na ten temat — zob. SCHAFF (1960: 290).

Odmienności ontogenezy

Formułując tezę o różnicach ontogenezy pomiędzy osobami z wadą i bez wady, należy wskazać na takie cechy, które odróżniają grupę dzieci z wadą twarzoczaszki od ich zdrowych rówieśników. To właśnie te różnice, a właściwie rozmaite konfiguracje czynników biologicznych, społecznych i psychologicznych, stają się powodem odmienności rozwoju mowy i posługiwania się językiem, jakie można dostrzec, analizując prowadzone przeze mnie badania mowy dzieci z wadą i bez wady (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2011). Przyjmuję bowiem, że rozwój mowy jest efektem skumulowanego i sprzężonego działania czynników o charakterze biologicznym, psychologicznym i społecznym. W trakcie rozwoju, także rozwoju mowy, ścieżki rozwoju indywidualnego i kulturowego krzyżują się, co oznacza, że zmiany w przebiegu jednej z wyróżnionych ścieżek zmieniają warunki rozwoju drugiej ścieżki.

Przedstawię tu listę cech charakterystycznych dla ontogenezy dzieci z rozszczepem. Jednakże trzeba podkreślić, że należy je rozpatrywać dynamicznie, co oznacza, że mogą one tworzyć rozmaite sprzężenia i kumulacje oraz różnorodnie i czasem nieprzewidywalnie modyfikować rozwój mowy. Przykładowo, przejściowy niedosłuch występujący u dzieci z rozszczepem podniebienia przed operacją zamknięcia szczeliny wraz z brakiem stymulacji wspomagającej rozwój mowy, jak można przypuszczać, wywoła większe szkody w procesie rozwoju mowy niż ten sam poziom niedosłuchu występujący u dziecka wychowywanego w środowisku, które zdając sobie sprawę ze znaczenia wczesnych doświadczeń słuchowych, będzie prowadzić odpowiednią stymulację rozwoju, kompensującą potencjalne trudności.

Wymienione dalej cechy ontogenezy dzieci z rozszczepem są jedynie katalogiem ogólnie prezentującym poszczególne problemy, z jakimi mierzyć się może małe i większe dziecko z wadą. Wydaje się, że wychowawcy pracujący z dziećmi z różnymi wadami anatomiczno-czynnościowymi w obrębie twarzoczaszki powinni zapoznać się z zaprezentowaną tu listą, gdyż skłania ona do refleksji, że wczesne dzieciństwo małego, chorego dziecka jest inne niż dzieciństwo jego zdrowych rówieśników. Warto pokusić się o refleksję, która w kontekście wymienionych czynników w jakże innym świetle ukaże rozmaite cechy zachowania społecznego, emocjonalnego i werbalnego dzieci z wadą.

Chociaż grupa dzieci z wadą twarzoczaszki nie jest homogeniczna (SHAMES, RUBIN, 1979; MCWILLIAMS, MORRIS, SHELTON, 1990), to można przyjąć

inną perspektywę i wskazać na czynniki, które nie występują zazwyczaj w ontogenezie zdrowych dzieci, a występują u dzieci z wadą twarzoczaszki. Są one następujące:

- występowanie wady w obrębie twarzoczaszki, co zmienia rodzaj doświadczeń dotyczących czynności prymarnych, czyli biologicznych, wcześniejszych niż mowa, takich jak: picie, jedzenie i oddychanie, a także słuchu,
- reakcja rodziców na urodzenie dziecka z wadą, zwiększone ryzyko pojawienia się niekorzystnych postaw związanych z rozwojem dziecka,
- konieczność przeprowadzenia operacji chirurgicznej,
- konieczność adaptacji do nowych warunków anatomiczno-czynnościowych stworzonych po operacji/operacjach chirurgicznych,
- ryzyko opóźnienia w rozwoju mowy na skutek czynników emocjonalnych i społecznych związanych z operacją, koniecznością prowadzenia wczesnej stymulacji przestrzeni orofacjalnej, która nie jest przez wiele dzieci akceptowana,
- ryzyko pojawienia się zaburzeń emocjonalnych na tle wyglądu własnej twarzy i niezrozumiałości mowy, konieczności poddawania się leczeniu operacyjnemu,
- ryzyko nadmiernej korekty mowy dzieci prowadzonej przez dorosłych i wczesna niewłaściwie prowadzona terapia logopedyczna, ryzyko wcześniejszego wykształcenia się kompetencji metajęzykowej, co w obliczu nadmiernej korekty może wywoływać niechęć do mówienia.

Język to suma podsystemów czy dynamiczna struktura podsystemów?

Dość często opisując język, wskazuje się, że jest on zbudowany z podsystemu fonologicznego, morfologicznego, semantycznego, syntaktycznego. Skłania to do analiz każdego z nich podczas prowadzenia badań zarówno językoznawczych, jak i logopedycznych, co jest ujęciem korzystnym i umożliwiającym dostrzeżenie charakterystycznych właściwości dla danego poziomu języka w ontogenezie. Jednakże opis progresji posługiwania się językiem w ontogenezie, a dalej prowadzenia terapii logopedycznej skłania do analizy powiązań pomiędzy tymi podsystemami, które są charakterystyczne dla danego języka. Innymi słowy — należy postulować, aby w szczególności w odniesieniu do logopedów ukazywać, że poszczególne

podsystemy języka nie rozwijają się w izolacji, a ich ścieżki rozwojowe nie biegną obok siebie, ale jest inaczej — rozwój poszczególnych podsystemów jest z sobą powiązany.

Podstaw do takiego ujęcia ontogenezy języka w uzusie można doszukiwać się w komentarzu zarówno M. Zarębiny, jak i P. Łobacz. M. Zarębina pisze w tej sprawie: „Równocześnie opanowanie systemu fonologicznego **warunkuje** rozwój pozostałych systemów częściowych, np. fleksyjnego, słowotwórczego czy składniowego, które w tym samym czasie nie muszą być opanowane w pełni [...], nie mówiąc o systemie leksykalno-semantycznym, który rozwija się i bogaci do końca życia jednostki” (ZARĘBINA, 1994: 7, podkr. D.P.-W.).

Istotną myśl związaną z tym tematem formułuje także P. Łobacz, która pisze: „[...] nabywanie słownictwa przez dziecko **warunkuje** jego dalszy rozwój fonetyczno-fonologiczny. [...] im więcej wyrazów posiada dziecko w aktywnym, codziennym użyciu, tym szybciej potrafi się uporać z zawiłościami artykulacji poszczególnych głosek, mimo że jego wypowiedzi są znacznie silniej zindywidualizowane pod względem realizacji fonetycznej niż w wieku późniejszym” (ŁOBACZ, 2005: 241, podkr. D.P.-W.).

A zatem opanowanie poszczególnych umiejętności posługiwania się językiem nie przebiega w izolacji. Podobnie jak ścieżki rozwoju indywidualnego i kulturowego splatają się, tak i ścieżki rozwojowe poszczególnych poziomów języka wchodzą z sobą w związki i wzajemnie się warunkują, doprowadzając do tego, że dziecko staje się sprawnym użytkownikiem języka. Przykładem takich powiązań może być rozwój systemu fonetyczno-fonologicznego. Zwróćmy uwagę, że bez podstawowego budulca, jakim są głoski, nie można aktywnie montować „większych budowli”, takich jak morfemy, słowa, a dalej wyrażenia i zdania. Z kolei nie mając do dyspozycji odpowiedniego zasobu słów, trudno jest tworzyć większe struktury wypowiedzi. Wypowiadając poszczególne słowa i poznając coraz to nowe powiązania uwzględniające różnorodną budowę fonetyczno-fonologiczną, dziecko ma okazję do treningu artykulacyjno-słuchowego. Poznając różnorodne możliwości tworzenia nowych słów, można budować nowe wyrażenia i zdania. Przykładów takich powiązań jest więcej. Takie spojrzenie pozwala nam zrozumieć, że zaburzenia na jednym poziomie funkcjonowania językowego mogą przyczyniać się do zaburzeń czy odmienności w innych systemach.

Podjęty temat można także ukazać w kontekście pewnej organizacji kompetencji, o czym pisze S. Grabias: „[...] warunkiem opanowania zarówno kompetencji komunikacyjnej, jak i kompetencji kulturowej jest wcześniejsze dysponowanie odpowiednim stopniem kompetencji języko-

wej” (GRABIAS, 1997: 31). To jednak nie wszystko, gdyż pomiędzy rozwojem kompetencji i sprawności, a w takich kategoriach proponuję za S. Grabiasem komentować mowę, można odnaleźć też wzajemne powiązania, co uświadamia nam kolejna myśl autora, którą można wyrazić następująco: kompetencje nie pojawiają się bez sprawności, a sprawności przyjmujące formę umiejętności realizacyjnych nie mogą się pojawić bez wcześniejszych kompetencji (GRABIAS, 1997). Była o tym mowa na początku szkicu.

Trzeba jednak podkreślić, że rozwój mowy nie przebiega w izolacji, a sztuczne wyodrębnianie tej ścieżki rozwojowej może prowadzić do zawężenia kręgu analiz i przyczyniać się do tworzenia jedynie wycinkowego obrazu dziecka, co nie przysporzy opracowaniu najbardziej efektywnego programu pomocy. Stąd w różnego rodzaju opracowaniach logopedycznych wymienia się różnorodne czynniki rozwoju mowy. Najprostszy i wyczerpujący katalog takich czynników sprowadza się do wskazania na warunki biologiczne, psychologiczne i społeczne. Jednakże kolejny poziom opisu tych determinantów powinien uwzględniać ich kumulację, sprzężenia, powiązania, wzajemne związki.

W kontekście przedstawionych komentarzy szczególnie interesującym wątkiem rozważań wydaje się zatem rozstrzygnięcie, czy, a jeśli tak, to w jaki sposób wada morfologiczna w strukturach twarzoczaszki wpływa na rozwój i posługiwanie się językiem, mając na względzie system nie tylko fonetyczny, ale także semantyczny, morfologiczny, syntaktyczny, tworzenie tekstów narracyjnych, udział w dialogu itd.

Nowe spojrzenie na mowę dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia

Zakres badań. Najnowsze badania prowadzone w grupie dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia w wieku od 4. miesiąca życia do 10. roku życia (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2011) potwierdziły formułowane przeze mnie hipotezy, że zaburzeń mowy występujących u dzieci z wadą twarzoczaszki nie można sprowadzać do zaburzeń realizacji fonemów. A zatem pomoc udzielana dzieciom powinna znacznie wykraczać poza tradycyjne ćwiczenia narządów mowy i usprawnianie realizacji fonemów z uwzględnieniem rezonansu, miejsca artykulacji, sposobu artykulacji i udziału więzadeł głosowych.

Prowadzone badania obejmowały wiele umiejętności posługiwania się językiem przez dzieci z rozszczepem w wieku 6—7 i 9—10 lat w porównaniu z dziećmi bez wady w tym samym wieku, a także obejmowały rozwój mowy dzieci od 4. miesiąca do 3. roku życia z wadą. Lista badanych obszarów (badania cząstkowe) obejmowała:

- poziom rozwoju mowy od 4. miesiąca do 3. roku życia z uwzględnieniem oceny tempa, rytmu i jakości kluczowych etapów według przygotowanej skali,
- poziom rozwoju czynności prymarnych od 4. miesiąca do 3. roku życia z uwzględnieniem oddychania, sposobu przyjmowania pokarmów i picia,
- poziom wybranych umiejętności posługiwania się językiem na podstawie zarejestrowanych wypowiedzi dzieci w wieku 6.—7. i 9.—10. roku życia, takich jak:
 - realizacja cech parajęzykowych i płynność wypowiedzi,
 - realizacja fonemów,
 - zrozumiałość mowy,
 - znajomość nazw kategorii nadrzędnych,
 - znajomość nazw elementów kategorii nadrzędnej,
 - odnajdywanie wyrazów rymujących się,
 - rozumienie metafor,
 - tworzenie wypowiedzi o charakterze metaforycznym,
 - tworzenie meronimii,
 - definiowanie wyrażen o niskim poziomie konkretności,
 - tworzenie teksów narracyjnych (opis i opowiadanie),
 - udział w kierowanym dialogu,
 - inicjowanie dialogu przez dzieci podczas badania logopedycznego,
 - uczenie się i użycie nowych słów w sytuacjach eksperymentalnych, co było okazją do sprawdzenia sposobu ich uczenia się, a także wykorzystania w tworzonych wypowiedziach niektórych abstrakcyjnych schematów, jak również wystąpienia elementów twórczości językowej.

Następnym etapem badań było sporządzenie analizy, która obejmowała wyprofilowane ze względu na przyjęty cel pewne aspekty badanych umiejętności. Taki sposób postępowania pozwolił na ocenę następujących właściwości:

- **intensywność ekspresji werbalnej** opisanej w formie syntezy następujących cech wypowiedzi, odzwierciedlonych w wynikach badań cząstkowych, a mianowicie:

- brak odpowiedzi na zadania testowe, co może mieć różne przyczyny (niewiedza, niepewność, brak zainteresowania, niechęć do wypowiedzi),
 - prawidłowe odpowiedzi na zadania testowe jako wyraz użycia konwencjonalnych jednostek języka,
 - błędne odpowiedzi na zadania testowe jako odstępstwa od konwencji językowej,
 - ilościowe zestawienie liczby wymienianych egzemplarzy podstawowych kategorii nadrzędnych,
 - liczba informacji zawartych w opisie i opowiadaniu,
 - ogólny styl komunikacji określony na podstawie następujących parametrów: udział dziecka w kierowanym dialogu, inicjowanie dialogu przez dzieci podczas badania logopedycznego, liczba stosowanych przez logopedę zachęt słownych podczas badania,
- **analiza jakościowa posługiwania się językiem** odzwierciedlona w następujących analizach:
- posługiwanie się kategoriami nadrzędnymi,
 - zawartość kategorii nadrzędnych,
 - posługiwanie się schematami gramatycznymi i zasobem leksykalnym,
 - „manipulowanie” symbolami języka,
 - konstruowanie sceny w opisie, opowiadaniu i definiowaniu,
 - elementy twórczości językowej.

Obszerna relacja z prowadzonych badań została przedstawiona w innym opracowaniu (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2011), a w tym miejscu zaprezentuję niektóre, w mojej ocenie najważniejsze wyniki badań. Dokonując selekcji wybranych analiz, miałam na względzie wskazanie szczególnie istotnych cech, na które powinien zwrócić uwagę logopeda i nauczyciel przedszkola lub szkoły.

Prototypowy obraz dziecka z rozszczepem. Prezentacji charakterystycznych właściwości mowy dzieci w wieku 6—7 i 9—10 lat można dokonywać w różny sposób. Najczęściej opisywane są poszczególne cechy i wyróżniane są wskaźniki liczbowe, ukazujące zależności statystycznie istotne, co skłania do podkreślenia, że na ich podstawie mogą być formułowane ważne dla nauki sądy. Zestaw takich analiz opublikowałam w innym materiale (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2011), a w tym miejscu do prezentacji cech mowy dzieci z wadą twarzoczaszki proponuję wykorzystać możliwości, które oferuje lingwistyka kognitywna. W tym kierunku językoznawstwa funkcjonuje termin *prototyp*, definiowany jako coś, co jest typowe, reprezentatywne dla pewnych kategorii (ROSCH, 1978, 1981).

A zatem termin ten może być także spożytkowany do wskazania cech typowych, reprezentatywnych, a występujących najczęściej u dzieci z rozszczepem. W takim ujęciu można o nich mówić jako o cechach prototypowych.

Na podstawie analizy wyników badań możemy stworzyć prototypowy obraz dziecka z rozszczepem. Będzie go cechować zespół właściwości, jakie w badaniach występowały najczęściej (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2011; BARDACH, 1967). Chociaż kliniczny obraz danego dziecka z wadą może się różnić od opisanego dalej, zauważmy jednak, że skonstruowanie pewnego typowego obrazu dziecka na podstawie badań empirycznych pozwala nie tylko w sposób atrakcyjny podsumować badania, ale także, a może przede wszystkim, kształtować pojęcia naukowe oparte na cechach typowych i reprezentatywnych, ustalonych na podstawie kryterium częstości występowania z wykorzystaniem różnic statystycznie relewantnych (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2011: 119—120, 223—225, 356—357). Jestem głęboko przekonana, że nauczycielom, logopedom i rodzicom dzieci z wadami potrzebna jest nie tylko wiedza praktyczna, ale także różnorodne opracowania teoretyczne, modelowe, systemowe, które przyczynią się do kształtowania pojęć dotyczących różnych zagadnień.

Na podstawie badań można zatem określić prototypowy obraz dziecka z rozszczepem. Jest to osoba, którą charakteryzują następujące cechy:

- chłopiec z lewostronnym rozszczepem podniebienia pierwotnego i wtórnego, rasy białej⁴,
- mówi w tempie prawidłowym lub wolniejszym niż inni, może mówić ciszej,
- zastanawia się nad wyborem słowa, co powoduje pauzy namysłu,
- zrozumiałość mowy jest mniejsza niż u innych, co wynika z zaburzeń systemu fonetyczno-fonologicznego,
- mówi mniej niż inni, ale mówi poprawnie pod względem gramatycznym i leksykalnym,
- uzyskuje gorsze wyniki w próbach o charakterze słownikowym,
- gorzej posługuje się metaforą i meronimią,
- niechętnie podejmuje nowe nieznanne zadania werbalne,
- ma pasywny styl komunikacji, co oznacza, że rzadko inicjuje rozmowę, ale reaguje na pytania, zachęty.

Poznanie świata i przekazywanie innym własnej interpretacji świata. Podjęta analiza może być jeszcze bardziej dokładna, co oznacza, że możemy wyróżnić charakterystyczne cechy posługiwania się językiem

⁴ Zob. ustalenia J. Bardacha na temat częstości występowania wady rozszczepowej ze względu na rasę, rodzaj rozszczepu, stronność i rozległość (BARDACH, 1967: 7—50).

w uzusie, biorąc pod uwagę ważne dziedziny życia, które w znacznej mierze konstytuowane są przez posługiwanie się językiem. Takie ujęcie jest naturalną konsekwencją przyjęcia definicji sformułowanej przez S. Grabiasa, który określa ją jako „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego” (GRABIAS, 1997: 10). Na takiej kanwie można wyróżnić dwa istotne aspekty odmienności mowy dzieci z rozszczepem w porównaniu z mową dzieci bez rozszczepu: poznawanie świata i przekazywanie innym własnej interpretacji tego świata.

Pierwsze z nich można opisać następująco:

- mniejsza intensywność ekspresji werbalnej, w tym:
 - częstszy brak odpowiedzi, co powoduje brak możliwości korygowania błędów,
 - tworzenie krótszych opowiadań i opisów, co powoduje odmienność doświadczeń językowych i zapamiętywanego materiału językowego,
 - gorsze wyniki dotyczące prób o charakterze słownikowym,
 - rzadsze posługiwanie się kategoriami nadrzędnymi,
 - mniejsza ilość błędów w trakcie wykonywania niektórych zadań, co z jednej strony jest korzystne, ale nie stwarza możliwości weryfikacji poprawności własnej wypowiedzi,
- gorsze wyniki dotyczące manipulowania symbolami językowymi (posługiwanie się metaforą i meronimią), co powodować może niedostatek wykorzystywania tego typu językowych narzędzi poznawczych do porządkowania wiedzy o świecie, zarówno podczas tworzenia wypowiedzi o charakterze metaforycznym, jak i podczas prób ich zrozumienia,
- odmienności uczenia się nowych słów (dzieci częściej nie używają nowego słowa, ale używają gestu, wolniej uczą się nowego sztucznego słowa nazywającego nową kategorię).

Przekazywanie własnej interpretacji rzeczywistości innym uczestnikom życia społecznego przez dzieci z rozszczepem zaobserwowane podczas prowadzonych badań cechują charakterystyczne właściwości, a mianowicie:

- ogólnie mniejsza intensywność ekspresji werbalnej,
- rzadsze dzielenie się własnymi komentarzami na temat opisów i opowiadania,
- pasywność podczas komunikacji, co oznacza, że dzieci z wadą twarzo-czaszki rzadziej inicjują rozmowę, ale reagują na zachęty,
- częstsze występowanie pauz namysłu, cichego głosu,
- częstsze występowanie niezrozumiałości mowy w związku z zaburzeniami realizacji fonemów.

Mowa rozszczepowa — stare i nowe ujęcie zagadnienia

Mowa rozszczepowa jako specyficzne zaburzenia realizacji fonemów. W związku z przedstawionymi wynikami badań konieczna staje się weryfikacja terminu *mowa rozszczepowa*, który jest zwyczajowo wykorzystywany do opisu odmienności uzusu językowego dzieci z wadą twarzoczaszki, ale w specyficznym znaczeniu. Tradycyjnie termin ten jest wiązany z zaburzeniami realizacji fonemów, co oznacza skupienie się na takich cechach, jak nosowanie, zmiana miejsca artykulacji, współruchy mimiczne twarzy towarzyszące artykulacji. Analizując charakterystyczne cechy zaburzeń realizacji fonemów u osób z rozszczepem, wyróżniłam różne kategorie zaburzeń. Zanim jednak zaprezentuję listę zaobserwowanych właściwości należy rozważyć problem związany z możliwością wyprofilowania cech specyficznych i niespecyficznych dla wady rozszczepowej w kontekście realizacji fonemów. Czy można zatem określić cechy specyficzne zaburzeń realizacji fonemów występujące tylko u osób z rozszczepem?

Komentując mowę osób z wadą twarzoczaszki, często wskazuje się na dysrezonansowość związaną z nieprawidłową realizacją fonemów ustnych. Fonemy te mogą być artykułowane z rezonansem nosowym, co określane bywa nosowaniem otwartym, hypernazalizacją, rhinolalią aperta, rhinophonią aperta, hyperrrhinophonią, a z perspektywy fonetycznej — dysoralnością. Jednak czy dysoralność występuje tylko u osób z wadą rozszczepową? Jeśli tak nie jest i dysoralność występuje także w przypadku innych wad, chorób, dysfunkcji, to tej cechy nie można zaliczyć do specyficznych cech mowy rozszczepowej rozumianej w tym miejscu jako zaburzenia realizacji fonemów. Odpowiedź na postawione pytanie skłania do analizy różnych zaburzeń mowy i wskazania, że chociaż nosowanie otwarte może dość często występować u osób z rozszczepem, nie jest jednak cechą specyficzną dla tej grupy ludzi, gdyż występuje też u dzieci i dorosłych z zaburzeniami mowy o innej niż rozszczep etiologii. Poszukiwanie cech specyficznych (*par excellence*), występujących wyłącznie w przypadku danej wady wymaga dokładnej analizy.

Przykładowo, nosowanie otwarte jest także obserwowane w przypadku zaburzeń mowy, których etiologia nie tkwi w rozszczepie, ale jest związana np. z niedorozwojem podniebienia, porażeniem, stanem po adenotomii. Inny przykład: utylnienie w wąskim znaczeniu (sięgające do granicy podniebienia miękkiego) czy bezdźwięczność są spotykane również w innych zaburzeniach mowy. Jeśli zatem zechcemy być bardzo rygorystyczni w kwalifikowaniu cech specyficznych i niespecyficznych, to nie

możemy zaliczyć nosowania otwartego do cech specyficznych, ponieważ taki objaw występuje także w przypadku innych zaburzeń (np. w porażeniu podniebienia).

Biorąc pod uwagę przedstawione zastrzeżenia, proponuję wyodrębnić cechy specyficzne i niespecyficzne mowy osób z rozszczepem. Pierwsze z nich mogą wystąpić u osób z rozszczepem, ale — jak przypuszczam (należy przeprowadzić dokładne badania) — nie występują w przypadku zaburzeń o etiologii innej niż rozszczep. Cechy niespecyficzne występują nie tylko w mowie osób z rozszczepem, można je także odnaleźć w przypadku innych niż rozszczep zaburzeń. Klasyfikacja zaburzeń realizacji fonemów sporządzona z takiej perspektywy przedstawia się następująco:

- specyficzne (*par excellence*) dla osób z rozszczepem zaburzenia realizacji fonemów:
 - w zakresie rezonansu, czyli dysrezonansowość:
 - dysoralność, czyli zaburzenia rezonansu ustnego, wynikające z przetoki na podniebieniu twardym lub na granicy przedsionka jamy ustnej i podniebienia twardego,
 - w zakresie miejsca artykulacji, czyli dyslokacje:
 - dyslokacje poza jamą ustną,
 - występowanie bilokacji, czyli podwójnego miejsca artykulacji,
 - w zakresie udziału wiązań głosowych, czyli dyssonantyczność:
 - udźwięcznianie⁵,
 - w zakresie objawów trudności działania obwodowego aparatu wymowy:
 - współruchy mimiczne twarzy, towarzyszące artykulacji, mowa samogłoskowa,
- niespecyficzne dla osób z rozszczepem zaburzenia realizacji fonemów:
 - w zakresie rezonansu, czyli dysrezonansowość:
 - dysoralność, czyli zaburzenia rezonansu ustnego, wynikające z niewydolności podniebienno-gardłowej,
 - dysnazalność, czyli zaburzenia rezonansu nosowego, określane także jako nosowanie zamknięte,
 - w zakresie miejsca artykulacji, czyli dyslokacje:
 - dyslokacje w jamie ustnej (polegające na uprzednieniu, utylnieniu w jamie ustnej lub zmianach struktury miejsca artykulacji),

⁵ Udźwięcznianie obserwuje się u niektórych małych dzieci po operacji podniebienia, dzieci te mają trudność w uzyskaniu odpowiedniego ciśnienia w przypadku artykulacji głosek bezdźwięcznych. Ma ono często charakter przejściowy.

- w zakresie sposobu artykulacji, czyli dysmodalność:
 - różne zmiany sposobu artykulacji, także tzw. słaba artykulacja spółgłosek ciśnieniowych, która może towarzyszyć artykulacji występującej u osób ze znacznym nosowaniem otwartym o etiologii innej niż rozszczep,
- w zakresie udziału wiązań głosowych, czyli dyssonantyczność:
 - bezdźwięczność,
 - niepełna dźwięczność,
- brak realizacji pojedynczych głosek (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2011).

Mowa rozszczepowa jako odmienny sposób posługiwania się językiem. Przyjmując definicję mowy w ujęciu S. GRABIASA (1997) i analizując wyniki przedstawionych badań posługiwania się językiem przez dzieci z rozszczepem, można dokonać rewizji pojęcia *mowa rozszczepowa*, co praktycznie oznacza sformułowanie nowego zakresu znaczenia tego terminu. Parafrazując definicję autora przytoczoną w początkowych częściach artykułu, możemy powiedzieć, że mowa rozszczepowa to zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek z rozszczepem wargi i podniebienia, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego, przy czym jego mowę charakteryzują pewne odmienności w porównaniu z mową osób bez wady rozszczepowej. Można jeszcze inaczej objaśnić analizowany termin: *mowa rozszczepowa* to taki sposób posługiwania się językiem, który charakteryzuje odmiennosc w aspekcie wykorzystania języka podczas poznawania świata i podczas przekazywania własnej interpretacji rzeczywistości innym uczestnikom życia społecznego w porównaniu z osobami bez rozszczepu i polega — ogólnie — na mniejszej intensywności ekspresji werbalnej oraz innych cechach użycia języka.

Rekonstrukcja ontogenezy mowy dzieci z wadą twarzoczaszki

Warto w tym miejscu uzupełnić przedstawioną pokrótce analizę rozwoju czynności biologicznych i mowy dzieci w wieku 6—7 i 9—10 lat wnioskami, które wypływają z podsumowania wyników badań dzieci z rozszczepem od 4. miesiąca do 3. roku życia. Skłaniają one do wysunięcia tezy, że małego pacjenta z omawianą wadą należy postrzegać jako osobę nie tylko z ryzykiem zaburzeń oddychania, jedzenia i picia, warunkujących w znacznej mierze rozwój sprawności fonetycznej, ale również

z ryzykiem trudności rozwoju związanych z obszarem fonetycznym oraz w zakresie tempa, rytmu i intensywności rozwoju mowy, w szczególności w pierwszych latach życia. Może to mieć związek z różnymi czynnikami biologicznymi, społecznymi i psychologicznymi, o których była mowa na początku. Pamiętajmy bowiem, że rozwój fonetyczny nie przebiega w izolacji, ale w powiązaniu z jednej strony z niewerbalnymi czynnościami przestrzeni orofacjalnej, z drugiej zaś z innymi ścieżkami rozwojowymi i innymi niż fonetyczny poziomami języka, o czym świadczą przeprowadzone wcześniej analizy.

Można zatem powiedzieć, że start do rozwoju mowy w przypadku wielu dzieci z rozszczepem jest utrudniony, co znajduje odzwierciedlenie w dyslalii lub alalii rozszczepowej (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2008a, 2008b, 2011). Trudności, jakie napotyka dziecko, mogą być różne: od prostych i nieznacznych zaburzeń rozwoju sprawności fonetycznej do połączonych z nimi zaburzeń tempa, rytmu i intensywności rozwoju mowy. Około 3/4 badanych dzieci w pierwszych trzech latach życia prezentuje odmienny model rozwoju mowy, przy czym rodzaj i intensywność obserwowanych zaburzeń są różne.

Wiek przedszkolny i wczesnoszkolny może przynieść inne niekorzystne dla rozwoju komunikacji werbalnej sytuacje. Jak wynika z doniesień psychologów (SZCZEPAŃSKA, ŁYJAK, DUDKIEWICZ, 1996; JAKIMA, SZCZEPAŃSKA, 1996), mogą one mieć związek z zaburzeniami emocjonalno-społecznymi, które powstają na tle odmienności wyglądu twarzy oraz jakości mowy i mogą wtórnie wpływać na intensywność oraz jakość posługiwania się językiem w uzusie. Niekorzystnym czynnikiem może być także nieodpowiednia stymulacja i terapia logopedyczna, ukierunkowana wyłącznie na zmianę wzorców artykulacyjnych.

Mniejsza intensywność ekspresji werbalnej i inna jakość posługiwania się językiem, odnotowane w prowadzonych badaniach, mogą powodować niedostatek wyrażania własnych intencji, myśli i potrzeb, gorszy obraz ucznia wytworzony w oczach nauczyciela, mniejszą skuteczność uczenia się, nieukazywanie faktycznych możliwości dziecka, mniej intensywne kontakty społeczne, w tym z grupą rówieśniczą, niewykorzystanie możliwości korekty własnych wypowiedzi na skutek zaniechania wypowiedzi itd.

Podsumowując podjęty wątek rozważań związany z mową rozszczepową, można stwierdzić, że skutki występowania rozszczepu wargi i podniebienia należy ujmować w sposób syntetyczny, co oznacza odejście od komentarzy zaburzeń mowy wyłącznie w kategoriach zaburzeń realizacji fonemów. Wynika to z tezy o tym, że w ontogenezie ścieżki rozwoju biolo-

gicznego i kulturowego, występujące zarówno w przypadku dziecka zdrowego, jak i chorego, splatają się.

Jak pokazują doświadczenia praktyczne — nie wszystkim dzieciom z rozszczepem potrzebna jest pomoc logopedyczna w każdym okresie życia. Jednakże aby wiedzieć, kiedy należy podjąć interwencję, rozwój mowy powinien być monitorowany, gdyż dzieci urodzone z wadą w obrębie przestrzeni orofacialnej są bardziej narażone na zmianę modelu rozwoju mowy niż ich zdrowi rówieśnicy, co pokazały przedstawione badania. Pracując z dzieckiem z rozszczepem, u którego rozwój mowy przebiega prawidłowo, nie mamy podstaw twierdzić, że w kolejnych latach jego postępy w posługiwaniu się językiem będą takie jak innych dzieci, gdyż czynników zagrażających prawidłowej komunikacji z innymi jest wiele. Jedynym rozsądnym wyjściem jest stałe monitorowanie rozwoju mowy i podejmowanie odpowiednich działań. Należy pamiętać, że w zależności od zmian modelu rozwoju mowy w zakresie tempa, rytmu oraz zmian jakościowych i ilościowych, poziomu i jakości ekspresji werbalnej należy programować, a następnie prowadzić terapię logopedyczną. Inna będzie hierarchia celów terapii logopedycznej w przypadku dziecka, u którego tempo i rytm rozwoju mowy są prawidłowe, a występują zmiany jakościowe tworzonych dźwięków, inne będą cele terapii logopedycznej, gdy do zaburzeń w tworzeniu dźwięków mowy dołączają zmiany tempa i rytmu rozwoju mowy. Należy zatem różnie rozdzielać akcenty, w zależności od stwierdzonych odmienności mowy badanego dziecka. Konieczne wydaje się także zapoznanie nauczycieli z wynikami badań mowy dzieci z rozszczepem, aby mogli inaczej spojrzeć na trudności dziecka, które obserwują w przedszkolu i w szkole.

Strategie pomocy, czyli główne zadania dorosłych wobec dzieci z rozszczepem

Przywołane wyniki badań i ich analiza skłaniają do rewizji celów terapii logopedycznej oraz wskazania głównych zadań dorosłych wobec dzieci z wadą rozszczepową (PLUTA-WOJCIECHOWSKA, 2008a, 2008b, 2011). Najważniejszy i ostateczny cel terapii logopedycznej dziecka z rozszczepem to wyposażenie go w umiejętności efektywnego posługiwania się językiem we wszystkich jego wymiarach, a nie tylko nauczanie go poprawnej artyku-

lacji. Trzeba pamiętać, że zaburzeń mowy dziecka z wadą twarzoczaszki nie można sprowadzać jedynie do wymowy (a zatem do tego obszaru nie można także sprowadzać terapii logopedycznej), chociaż powikłania progresji sprawności fonetycznej są bardzo ważną cechą tej grupy osób.

1. rok życia

W odniesieniu do dzieci w 1. roku życia nadrzędny cel wczesnej interwencji można określić jako konstruowanie przedpola przyswajania mowy, co oznacza stymulowanie, wspieranie i korygowanie rozwoju wszystkich sfer zaangażowanych w rozwój mowy w okresie tzw. prelingwalnym (ten termin może budzić wątpliwości). Wskazane jest uwzględnienie następujących strategii pomocy:

- w obrębie różnych niewerbalnych czynności orofacjalnych:
 - wprowadzanie regulacji karmienia dopasowanych do rodzaju wady, co umożliwia uzyskanie modelu karmienia w różnym zakresie zbliżonego do naturalnego,
 - wprowadzenie zasad postępowania promujących oddychanie nosem, w tym podczas snu, leżenia, noszenia dziecka,
 - regulacja oddychania fizjologicznego w zakresie domykania warg i pozycji języka z uwzględnieniem stanu anatomicznego jamy nosowo-gardłowej, warg i przedsionka,
 - usprawnianie mięśni biorących udział w niewerbalnych czynnościach orofacjalnych, a następnie w tworzeniu dźwięków,
 - przeciwdziałanie pojawianiu się niekorzystnych czynności w obrębie kompleksu ustno-twarzowego lub obniżanie intensywności cech niepożądanych,
- w odniesieniu do percepcji słuchowej:
 - rozwijanie percepcji słuchowej zgodnie z programem rozwoju i możliwościami dziecka,
 - monitorowanie stanu słuchu,
 - tworzenie korzystnych warunków rozwoju słuchu przez odpowiednie karmienie, higienę nosa (w szczególności po karmieniu), dbałość o stan górnych dróg oddechowych, wczesną operację podniebienia, co stwarza dobre warunki funkcjonowania trąbek słuchowych,
- w odniesieniu do rozwoju emocjonalnego i społeczno-poznawczego:
 - stymulowanie i wspieranie wszystkich sfer rozwoju,
 - stymulowanie i wspieranie prawidłowego rozwoju emocjonalnego przez:
 - wzmacnianie mocnych stron dziecka,
 - pełną akceptację dziecka przez rodziców pomimo wady,
 - wcześniejsze przygotowanie dziecka do operacji chirurgicznej,

- wyciszanie dziecka po operacji,
- osłabianie siły urazu psychicznego po operacji chirurgicznej,
- rozwijanie cech emocjonalno-społecznych sprzyjających efektywnej komunikacji pomimo zaburzeń rozwoju mowy i odmienności wyglądu twarzy,
- kształtowanie właściwych postaw rodziców, przeciwdziałanie postawom skrajnym — od nadmiernie opiekuńczych do nadmiernie wymagających,
- stymulowanie, wspieranie i korygowanie rozwoju umiejętności społeczno-poznawczych przez:
 - „kąpiel kulturową”, a nie tylko tzw. kąpiel w słowie,
 - rozwijanie umiejętności kulturowego uczenia się języka, co oznacza specjalne ukierunkowanie działań dziecka, aby ćwiczyło ono uczenie się przez naśladowanie, współpracę i przez instrukcję (można w ten sposób wykorzystać ten „trening metody uczenia się” podczas terapii logopedycznej),
 - stymulowanie i wspieranie rozwoju w zakresie zabawy, manipulacji, lokomocji, percepcji wzrokowej, słuchowej,
- w odniesieniu do rozwoju mowy:
 - rozwijanie postaw komunikacyjnych od urodzenia, które przygotowują dziecko do roli odbiorcy i nadawcy komunikatów,
 - nieograniczone wyrażanie siebie podczas zabaw ruchowych, manipulacyjnych, głosowych,
 - rozwijanie różnych form komunikacji z dzieckiem,
 - poznawanie i rozwijanie przez dziecko różnych sposobów komunikacji werbalnej z uwzględnieniem cech językowych, parajęzykowych i niejęzykowych,
 - stymulowanie do różnorodnej ekspresji ruchowej, manipulacyjnej i głosowej, wypowiedzenia pierwszego słowa,
 - stymulowanie, wspieranie i korygowanie rozwoju fonetycznego przez:
 - ukazywanie dziecku różnorodnych dróg poznawania właściwości dźwięków mowy,
 - monitorowanie naturalnej drogi rozwoju fonetycznego, w tym w szczególności gaworzenia,
 - trening głosek w zależności od kierunku rozwoju sprawności artykulacyjnej oraz intensywności produkowania jednostek w gaworzeniu i w tworzeniu pierwszych wyrazów,
 - przeciwdziałanie pojawieniu się i utrwaleniu niekorzystnych sposobów tworzenia dźwięków oraz korygowanie pojawiających się niekorzystnych cech tworzonych dźwięków,

- promowanie głosek pożądanых z punktu widzenia rozwoju mowy dziecka z rozszczepem,
- nauka głosek drogą ustrukturalizowaną, dopasowaną do możliwości dziecka.

Dziecko w okresie poniemowlęcym, przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym

Niesienie pomocy dzieciom powyżej 1. roku życia wiąże się nie tylko z kontynuacją wielu zadań z 1. roku życia, ale także z uwzględnieniem następujących obszarów pracy dotyczącej bezpośrednio dziecka lub jego dorosłych opiekunów (rodziców i nauczycieli):

- w odniesieniu do rozwoju psychomotorycznego:
 - stymulowanie rozwoju psychomotorycznego,
 - przygotowanie do nauki czytania i pisanie w zakresie adekwatnym do wieku,
- w odniesieniu do rozwoju mowy:
 - rozwijanie wielorakiej ekspresji werbalnej z wykorzystaniem kodu językowego, parajęzykowego i pozajęzykowego (KACZMAREK, 2001, 2009),
 - doskonalenie i rozwijanie kompetencji oraz sprawności językowych i komunikacyjnych,
 - kontynuacja zadań związanych z konstruowaniem przedpola przyswajania mowy, w tym dalsze konstruowanie przedpola artykulacji w obrębie niewerbalnych czynności kompleksu ustno-twarzowego w zakresie adekwatnym do wieku i możliwości anatomiczno-czynnościowych, także profilaktyka lub likwidacja parafunkcji, szczególnie usprawnianie mięśni kompleksu ustno-twarzowego za pomocą ćwiczeń aktywnych i biernych (ważne miejsce zajmują w tej grupie ćwiczenia podniebienia miękkiego i wargi górnej, a także języka i policzków),
 - usprawnianie realizacji fonemów w odniesieniu do wszystkich kategorii fonetycznych, w tym usuwanie lub zmniejszanie natężenia nosowania otwartego wraz z likwidacją lub zmniejszaniem natężenia objawów trudności działania obwodowego aparatu wymowy z uwzględnieniem realnych możliwości anatomiczno-czynnościowych oraz z wykorzystaniem zalecanej metodologii dotyczącej instrumentów usprawniania realizacji fonemów,
 - różne rozkładanie akcentów podczas terapii (tylko usprawnianie realizacji fonemów czy oprócz tego także rozwój systemu języka oraz intensyfikowanie ekspresji werbalnej),

- łączenie usprawniania realizacji fonemów z rozwijaniem sprawności językowych i komunikacyjnych,
- dalsze rozwijanie postaw komunikacyjnych,
- promowanie wyrażania własnego zdania (co wiąże się także z obroną własnych granic), uczenie odpowiedniego zachowania werbalnego w różnych sytuacjach komunikacyjnych, co w kontekście metod terapii oznacza wyposażanie dziecka w skrypty zachowań werbalnych w rozmaitych sytuacjach, wykorzystanie technik parateatralnych, dramy, kukiełek podczas różnych etapów terapii logopedycznej,
- w odniesieniu do sfery emocjonalno-społecznej:
 - rozwijanie cech związanych z rozwojem emocjonalno-społecznym dziecka, które będą przeciwdziałać ewentualnemu pojawieniu się lub nasileniu trudności o charakterze emocjonalno-społecznym na tle mowy i twarzy rozszczepowej, a także sytuacji leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego,
 - budowanie pozytywnego obrazu siebie mimo występującej wady,
 - wzmacnianie mocnych stron, w tym istotnych dla komunikacji,
 - rozwijanie umiejętności korzystania z naturalnych grup wsparcia, jakimi są rodzina, najbliższa grupa rówieśnicza,
 - rozwijanie umiejętności nawiązywania kontaktów interpersonalnych, obrony własnych granic i korzystania z naturalnych grup wsparcia,
- w odniesieniu do rodziców:
 - pomoc w kształtowaniu sprzyjających rozwojowi mowy i osobowości dziecka postaw rodziców i nauczycieli, przeciwdziałanie postawom skrajnym, rozwijanie umiejętności traktowania dziecka jako podmiotu zmagającego się z trudną sytuacją, rozwijanie umiejętności towarzyszenia dziecku w trudnych chwilach,
 - rozwijanie wśród rodziców umiejętności aktywnego słuchania dziecka i udzielania mu wsparcia emocjonalnego,
 - dostarczanie rodzicom wiedzy na temat wady rozszczepowej i jej skutków dla rozwoju dziecka, w tym dla rozwoju mowy oraz możliwości pomocy,
 - informowanie rodziców na temat możliwości leczenia i pomocy psychologiczno-pedagogiczno-socjalnej dziecku z rozszczepem oraz jego rodzinie,
 - zachęcanie rodziców do udziału w grupach wsparcia dla rodziców dzieci z zaburzeniami mowy, w tym z wadami twarzoczaszki,
 - zachęcanie rodziców do udziału dziecka w zajęciach w grupie rówieśniczej, np. na terenie przedszkola,

- zachęcanie do współpracy z placówkami oświatowymi,
- w odniesieniu do nauczycieli i innych specjalistów zajmujących się leczeniem dzieci:
 - wyposażanie nauczycieli w wiedzę na temat wady rozszczepowej, jej powstawania, leczenia i skutków dla rozwoju dziecka oraz możliwości pomocy,
 - kształtowanie odpowiednich postaw wobec dziecka z wadą i jego rodziców, a mianowicie:
 - propagowanie postaw tolerancji dla odmienności przez szerzenie wiedzy i własny przykład traktowania dziecka, zdecydowany sprzeciw dla postaw nietolerancji, wyśmiewania, a jednocześnie perswazja i edukacja,
 - przeciwdziałanie stygmatyzacji i izolacji dziecka,
 - traktowanie dziecka jak podmiotu zmagającego się z trudną sytuacją, a nie „biednego dziecka”, któremu oferujemy jedynie litość,
 - aktywne słuchanie dziecka,
 - akceptacja dziecka,
 - promowanie mocnych stron dziecka,
 - zachęcanie nie tylko do wypowiedzi w kontekście sytuacji związanych ze sprawdzaniem wiedzy, ale także do wyrażania własnego zdania, uczuć, potrzeb,
 - zachęcanie do podejmowania inicjatywy w komunikacji podczas różnych zabaw i gier dydaktycznych,
 - umożliwienie dziecku wypowiedzi zgodnie z jego tempem pracy i możliwościami werbalnymi,
 - podnoszenie pozycji dziecka w klasie przez ukazywanie jego mocnych stron, akcentowanie sukcesów, dostrzeganie postępów.

„To język mówi nami”⁶

Z przedstawionej analizy wynika, że rozszczep jest zaburzeniem wielopłaszczyznowym, a nie tylko wieloukładowym, jak to wynika z komentarza A. MITRINOWICZ-MODRZEJEWSKIEJ (1963). Autorka wieloukładowość wiąże bowiem z zaburzeniami w obrębie układu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, co jest słusznym, ale zbyt wąskim widzeniem proble-

⁶ Słowa G. GODLEWSKIEGO (2008: 86).

mów, z jakimi mierzy się małe i większe dziecko z wadą w obrębie środkowej części twarzoczaszki.

Jeśli przyjmiemy za G. GODLEWSKIM, że to „język mówi nami” (2008: 86), to w kontekście przedstawionych rozważań można powiedzieć, że odmienność ontogenezy dzieci z rozszczepem, nie tylko w obrębie budowy i rozwoju twarzoczaszki, przynosi odmienne efekty rozwoju mowy, i to nie tylko w płaszczyźnie fonetycznej. Oznacza to, że mowa dzieci z rozszczepem (ale także wszystkich innych dzieci — bez wady i z wadami) odzwierciedla przestrzeń doświadczeń biologicznych, psychologicznych i społecznych, które przyszło dzieciom przeżyć od urodzenia, a właściwie od poczęcia.

Posługiwanie się językiem nie tylko jest odbiciem zdolności osoby mówiącej, ale wiąże się też z obszarem doświadczeń poznawczych, motorycznych i społecznych człowieka. Skłania to do wszechstronnych badań, analiz i interpretacji uzusu językowego dzieci z różnymi wadami i dysfunkcjami, także o charakterze efektoralnym. Mowa bowiem odzwierciedla to, co człowiekowi dane było przeżyć, zobaczyć, doświadczyć, poznać, nauczyć się, usłyszeć, zrozumieć i czego człowiek — aby ukazać drugą stronę zjawiska — nie przeżył, nie zobaczył, nie doświadczył, nie poznał, nie nauczył się, nie usłyszał i nie zrozumiał. A zatem badając i opisując mowę, możemy dokonać pewnego wglądu do umysłu, doświadczeń i duszy człowieka. To niezwykła perspektywa badawcza. Zarysowany tu punkt widzenia powinien być jednak uzupełniony oceną struktury intencji, co pozwoliłoby na pełniejszą interpretację wyników badań, ale to temat odrębnych rozważań.

Bibliografia

- BARDACH J., 1967: *Rozszczepy wargi górnej i podniebienia*. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- FIFE J., 1994: *Wykłady z gramatyki kognitywnej*. W: KARDELA H., red.: *Podstawy gramatyki kognitywnej*. Warszawa, Zakład Semiotyki Logicznej Uniwersytetu Warszawskiego Znak—Język—Rzeczywistość Polskie Towarzystwo Semiotyczne, s. 9—64.
- GADAMER H.-G., 2003: *Człowiek i język*. W: GODLEWSKI G., MENCWEL A., SULIMA R., red.: *Antropologia słowa. Zagadnienia i wybór tekstów*. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 153—159.
- GODLEWSKI G., 2008: *Słowo — pismo — sztuka słowa. Perspektywy antropologiczne*. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- GRABIAS S., 1997: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia”, T. 10, s. 3—20.

- JAKIMA S., SZCZEPAŃSKA K., 1996: *Ocena stanu psychicznego dzieci z rozszczepem podniebienia i wargi w wieku adolescencyjnym*. W: DUTKIEWICZ Z., red.: *II Konferencja Robocza — dokumentacja. Rozszczep wargi i podniebienia*. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, s. 76—81.
- KACZMAREK B., 2001: *Pozajęzykowe aspekty porozumiewania się*. W: MINCZAKIEWICZ E.M., red.: *Komunikacja — mowa — język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, s. 19—25.
- KACZMAREK B., 2009: *Misterne gry w komunikację*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- KALISZ R., 1994: *Teoretyczne podstawy językoznawstwa kognitywnego*. W: KARDELA H., red.: *Podstawy gramatyki kognitywnej*. Warszawa, Zakład Semiotyki Logicznej Uniwersytetu Warszawskiego Znak — Język — Rzeczywistość Polskie Towarzystwo Semiotyczne, s. 65—76.
- LAKOFF G., 1987: *Women, Fire and Dangerous Things: What Categories Reveal about the Mind*. Chicago, University of Chicago Press.
- LANGACKER R., 1995: *Wykłady z gramatyki kognitywnej. Kazimierz nad Wisłą, grudzień 1993*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- LANGACKER R., 2003: *Model dynamiczny oparty na uzusie językowym*. W: DĄBROWSKA E., KUBIŃSKI W.: *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego*. Kraków, Wydawnictwo Universitas, s. 30—117.
- ŁOBACZ P., 2005: *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*. W: GAŁKOWSKI T., SZELĄG E., JASTRZĘBOWSKA G., red.: *Podstawy neurologopedii*. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 231—268.
- MCWILLIAMS B.J., MORRIS H.L., SHELTON R.L., 1990: *Cleft Palate Speech*. Philadelphia, B.C. DECKER.
- MITRINOWICZ-MODRZEJEWSKA A., 1963: *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy*. Warszawa, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D., 2008a: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*. „Logopedia”, T. 37, s. 175—206.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D., 2008b: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania — Teoria — Praktyka*. Wyd. II poprawione i poszerzone. Bytom, Wydawnictwo Ergo-Sum.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA D., 2011: *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie.
- ROSCH E., 1978: *Principles of Categorization*. In: ROSCH E., LLOND B., eds.: *Cognition and Categorization*. New Jersey, s. 27—48.
- ROSCH E., 1981: *Prototype Classification and Logical Classification: The Two systems*. In: SCHOLNICK E., ed.: *New Trends in Cognitive Representation: Challenges to Piaget's Theory*. Hillsdale, s. 73—86.
- SCHAFF A., 1960: *Wstęp do semantyki*. Warszawa, PWN.
- SHAMES G., RUBIN H., 1979: *Psycholinguistic measures of language and speech*. In: BZOCH K., ed.: *Communicative Disorders Related to Cleft Lip and Palate*. Boston, Little, Brown.
- SZCZEPAŃSKA K., ŁYJAK A., DUDKIEWICZ Z., 1996: *Problemy psychologiczne leczenia zespołowego dziecka z rozszczepem wargi i podniebienia*. W: DUTKIEWICZ Z., red.: *II Konferencja Robocza — rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia*. Warszawa, Instytut Matki i Dziecka, Klinika Chirurgii Dzieci i Młodzieży, s. 33—37.

- TAYLOR J.R., 2001: *Kategoryzacja w języku. Prototypy w teorii językoznawczej*. Kraków, Wydawnictwo Universitas.
- TOMASELLO M., 2002: *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*. Warszawa, PIW.
- TOMASELLO M., 2003: *Czy małe dzieci posiadają składniową kompetencję osób dorosłych?* W: DĄBROWSKA E., KUBIŃSKI W., red.: *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego*. Kraków, Wydawnictwo Universitas, s. 144—222.
- ZARĘBINA M., 1994: *Język polski w rozwoju jednostki*. Gdańsk, Wydawnictwo GLOTTISPOL.

Danuta Pluta-Wojciechowska

The intensity and quality of verbal expression in efectoral speech disorders
Speech therapy strategies

The paper is devoted to the issue of children with efectoral speech disorders. It indicates that such disorders are commonly associated with the wrong realization of phonemes. The author uses the example of children suffering from palatoschisis to point out the low intensity of verbal expression and other language use discrepancies displayed by such children. The author also characterizes the speech of children suffering from palatoschisis and its influence on the quality of their lives. The need for early support of such children and the most useful support strategies are also discussed.

Danuta Pluta-Wojciechowska

Intensität und Qualität der verbalen Expression
bei effektoralen Störungen. Hilfsstrategien

Zusammenfassung

Die Verfasserin befasst sich mit den Problemen der Kinder mit effektoralen Sprachstörungen. Sie betont, dass diese häufig mit gestörter Aussprache von Phonemen gleichgesetzt werden. Sie weist darauf hin, dass bei den Kindern mit Gaumen-Lippenspalte kleinere Intensität der verbalen Expression und andere noch Unterschiedlichkeiten im Sprachgebrauch beobachtet werden. Die Verfasserin beschreibt charakteristische Merkmale der Sprechweise und deren Folgen fürs Leben der Kinder mit Gaumen-Lippenspalte; sie ist davon überzeugt, dass solche Kinder schon früh mit entsprechenden Hilfsstrategien unterstützt werden müssen.